

ANNÉE 1934

THÈSE

427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Dominique FLORENCE

Né à Ajaccio (Corse), le 16 Avril 1908

ancien Externe des Hopitaux de Paris

**La Déclaration obligatoire des Maladies transmissibles
et la Révision de la Loi de 1902**

Président : M. le Professeur TANON

LES PRESSES MODERNES

96, Galerie Beaujolais

PARIS

—
1934

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Dominique FLORENCE

Né à Ajaccio (Corse), le 16 Avril 1908

ancien Externe des Hopitaux de Paris

La Déclaration obligatoire des Maladies transmissibles et la Révision de la Loi de 1902

Président : M. le Professeur TANON

LES PRESSES MODERNES

96, Galerie Beaujolais

PARIS

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurol. et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Patholog. chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Patholog. chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Patholog. chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
SEZARY	Dermatol. et syphiligr.
TROISIER	Pathol. expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Bien faible témoignage de mon affection
filiale et de ma reconnaissance infinie
pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

A MES SŒURS

En témoignage de mon amour fraternel.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
Médecin-inspecteur général des Services d'Hygiène
de la Ville de Paris

Membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique
de France

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de respectueuse gratitude.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. LE PROFESSEUR AGREGE C. LIAN

M. LE PROFESSEUR AGREGE A. SCHWARTZ

M. LE PROFESSEUR AGREGE P. CHEVALLIER

M. LE PROFESSEUR AGREGE LEVY-SOLAL

M. le D^r ANDRÉ JACQUELIN, Médecin des Hôpitaux

Stages

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT

M. LE PROFESSEUR LOEPER

A MM. LES DOCTEURS J. DALSACE, COLIN,

LIEGE, THIERY, CHAUSSIDIÈRE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA DECLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES TRANSMISSIBLES EN FRANCE

Historique

La déclaration obligatoire des maladies transmissibles a été une des premières mesures prises en France en matière d'Hygiène publique.

C'est sous la pression de l'opinion, émue par les épidémies venues de l'étranger, devant les grandes invasions du choléra, que la loi du 3 mars 1822 instituait pour la première fois la déclaration obligatoire des maladies dites pestilentielles, le choléra, la peste, la fièvre jaune. Si le chef de l'Etat, en présence du péril, pouvait prendre toutes les mesures utiles, que sanctionnaient d'ailleurs des pénalités draconiennes, ces mesures étaient transitoires, car le danger passé la quiétude reprenait ses droits et tout souci d'hygiène disparaissait.

Un grand nombre d'esprits en France, même parmi les plus cultivés, demeurèrent pendant longtemps réfractaires à toute idée de réglementation en matière d'hygiène : c'est que les maladies infectieuses étaient considérées comme des maux inévitables, comme une manifestation de la colère de Dieu contre ceux qu'elles atteignaient, et par conséquent au-dessus de la portée des pouvoirs publics et du gouvernement.

C'est seulement à l'époque des admirables travaux de Pasteur et de son école, sans doute devant les lueurs que commençaient à projeter de toutes parts ses théories, devant cette notion nouvellement apparue du caractère « évitable » des maladies contagieuses, que les premières bases d'une organisation de l'hygiène allaient être jetées.

Vers 1889, Lockroy puis Siegfried déposèrent à la Chambre différents projets de loi relatifs à l'organisation des services d'hygiène, à l'assainissement des logements et habitations insalubres, à la vaccination et revaccination obligatoire de la variole.

Le 30 novembre 1892, la loi sur l'exercice de la médecine imposa aux médecins et officiers de santé l'obligation de déclarer, outre les maladies pestilentielles, la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la diphtérie, la suette miliaire, l'infection puerpérale (lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé) l'ophtalmie des nouveau-nés.

Déjà le Gouvernement, ayant fait appel au concours du Comité consultatif d'hygiène, avait déposé un projet de loi sur la protection de la santé publique par l'intermédiaire de M. Constans, ministre de l'Intérieur, projet qui fut voté à la Chambre, le 13 juillet 1892. Mais au Sénat, les interminables lenteurs de la procédure jointes à l'opposition des adversaires de la loi n'allaient prendre fin qu'après dix années de discussions. Le 22 novembre 1899, Waldeck-Rousseau, alors président du Conseil et ministre de l'Intérieur, instituait une Commission chargée de rechercher les moyens pratiques de combattre la tuberculose, d'assurer la prophylaxie des maladies vénériennes et de lutter contre la dépopulation. Cette Commission inau-

guraît ses travaux en invitant le Gouvernement à user de son influence pour faire venir en discussion au Sénat le projet de loi sur la santé publique. Le Gouvernement le fit inscrire à l'ordre du jour. Le Sénat, après plusieurs amendements, finit par adopter la loi le 15 février 1902.

C'est sur cette loi qu'est basée notre administration sanitaire actuelle. C'est d'après elle que sont fixées l'obligation et les modalités actuelles de la déclaration des maladies contagieuses.

Mais, depuis, les idées en matière d'hygiène ont sensiblement évolué, et cela aussi bien en hygiène publique qu'en hygiène sociale.

En hygiène publique, l'insuffisance des résultats obtenus depuis l'application de la loi jointe aux acquisitions nouvelles de l'épidémiologie ont donné naissance à des propositions, projets et textes de lois complémentaires : projet Clemenceau, dès 1907; proposition Doizy, en 1912, tendant à la révision de plusieurs articles, en particulier à rendre obligatoire la création des directions départementales d'hygiène, à décharger le corps médical de la déclaration, à modifier l'article 7 sur la désinfection; loi du 22 juillet 1912 sur l'assainissement des voies privées, loi du 17 juin 1915 sur l'expropriation pour cause d'insalubrité, etc.

En hygiène sociale, la création et le développement de plus en plus marqué de divers organismes : dispensaires, sanatoria, offices, etc., depuis les lois Léon-Bourgeois sur les dispensaires d'hygiène sociale (15 avril 1916) et Honnorat sur les sanatoria (7 décembre 1919), témoignent bien aussi que la loi de 1902 ne répond plus aux besoins et aux nécessités de l'heure présente.

C'est pourquoi depuis une dizaine d'années, plu-

sieurs parlementaires épris de progrès ont entrepris la refonte de notre législation sanitaire. Mais si le projet déposé par M. Strauss au nom du Gouvernement, le 7 novembre 1922, et la proposition Even (1923), rapportés d'ailleurs à deux reprises par le docteur Gadaud, tendent à la révision de nombreux articles essentiels de l'ancienne loi, le récent rapport fait au nom de la Commission de l'hygiène par le docteur Georges Legros, député, (juillet 1932), justifie la nécessité d'une nouvelle loi sur l'organisation générale de l'hygiène, organisation destinée en somme à agglomérer sous une même direction tout ce qui touche à l'hygiène publique comme à l'hygiène sociale; car « l'hygiène publique et l'hygiène sociale ne sont que les deux faces de l'hygiène tout court et leur indispensable liaison ne peut être qu'infiniment profitable au rajeunissement de notre vieille charte de la santé publique ».

Ce nouveau projet apporte, en ce qui concerne la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, un certain nombre de dispositions nouvelles.

La déclaration y est imposée aussi bien au médecin traitant qu'au chef de famille. La liste des maladies est dressée par un décret ultérieur. Quant aux conséquences prophylactiques de la déclaration, seul l'isolement est obligatoire et il appartient aux autorités sanitaires d'ordonner, s'il y a lieu, telles mesures de désinfection terminale qu'elles reconnaîtront nécessaires, comme d'ailleurs toutes mesures prophylactiques jugées utiles.

La déclaration d'après la loi de 1902

Actuellement la déclaration obligatoire des maladies transmissibles est encore soumise aux dispositions de la *loi du 15 février 1902*.

Cette loi complétée par divers arrêtés et décrets ministériels prescrit sous peine d'amende aux médecins, officiers de santé ou sage-femmes, de déclarer au maire de leur commune ainsi qu'au préfet ou au sous-préfet de leur arrondissement, un certain nombre de maladies transmissibles dont ils ont pu constater l'existence.

——— La *liste* des maladies à déclaration obligatoire est fixée, en vertu de l'article 4, par le décret du 10 février 1903, modifié par ceux du 22 septembre 1916, 13 octobre 1923, 1^{er} janvier 1925 et 21 juillet 1929.

Elle comprend deux catégories de maladies :

1°) Des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

- 1° Fièvre typhoïde et paratyphoïdes;
- 2° Typhus exanthématique;
- 3° Variole et varioloïde;
- 4° Scarlatine;
- 5° Rougeole;
- 6° Diphtérie;
- 7° Suette militaire;
- 8° Choléra et maladies cholériformes;
- 9° Peste;
- 10° Fièvre jaune;
- 11° Dysenterie;
- 12° Infection puerpérale et ophtalmie des nouveau-nés (lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé);
- 13° Méningite cérébro-spinale épidémique;
- 14° Poliomyélite antérieure aiguë;
- 15° Trachome;
- 16° Fièvre ondulante (méliococcie);
- 17° Lèpre.

2°) Des maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

- A. Tuberculose pulmonaire;

- B. Coqueluche;
- C. Grippe;
- D. Pneumonie et broncho-pneumonie;
- E. Erysipèle;
- F. Oreillons;
- G. Teigne.

Pour les maladies de la deuxième catégorie, d'après l'article 2 du décret du 10 février 1903, « il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés soit sur la déclaration des praticiens visés à l'article 5 de la loi du 15 février 1902, soit à la demande des familles, des chefs de collectivité publique ou privée, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques déterminées par le règlement sanitaire prévu à l'article premier de la dite loi ».

——— L'obligation de la déclaration est imposée au médecin traitant... d'après l'article 5 de la loi :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. »

Cet article ne fait que reprendre une disposition déjà édictée par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (article 15).

——— Le mode de déclaration est déterminé par l'arrêté ministériel du 10 février 1903, en vertu de l'article 4 de la loi de 1902.

1° L'Autorité publique chargée de recevoir la déclaration des maladies est représentée par le maire et par le préfet ou sous-préfet dans chaque arrondissement.

Les praticiens sont tenus de faire simultanément leur déclaration à l'un et à l'autre, dès qu'ils ont constaté l'existence de la maladie. A Paris, la déclaration est faite au Préfet de police.

2° La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres, détachées d'un carnet à souche, qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication du malade et de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles, et les résultats de l'enquête étiologique faite par le médecin. Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes, par l'administration préfectorale.

———— En cas de *maladies pestilentielles*, choléra, peste et fièvre jaune, le décret du 1^{er} août 1910, en vertu de la loi du 3 mars 1822 (non abrogée par la loi de 1902), introduit deux obligations nouvelles : d'une part l'obligation pour le médecin de déclarer les cas suspects; d'autre part, l'extension de l'obligation au chef de famille ou au logeur.

———— De même, en temps d'*épidémie*, d'après l'article 8 de la loi de 1902 :

« Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République, ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du Président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie... »

C'est ainsi que l'obligation de la déclaration a pu être étendue au chef de famille ou au logeur par l'article 2 du décret du 14 août 1914 (prorogé d'ailleurs par le décret du 6 novembre 1919) :

« Tout médecin ou chef de famille, tout logeur ayant eu connaissance d'un cas de l'une des maladies suivantes : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole et varioloïde, scarlatine, diphtérie, suette militaire, choléra et maladies cholériques, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales et ophtalmie des nouveau-nés, méningite cérébro-spinale, est tenu d'en faire sans délai la déclaration à la mairie... »

———— Dans les *établissements hospitaliers* (circulaire du ministre de l'Intérieur, 5 juin 1903), et d'une manière générale, dans tous les établissements publics ou privés :

« La déclaration doit être faite, comme s'il s'agissait de particuliers, par les médecins traitants... au maire du domicile qu'occupait le malade avant son transport, pour qu'il puisse être procédé sur place aux mesures de désinfection jugées utiles. Toutefois, si la maladie a été contractée dans l'établissement même où elle est soignée, c'est le maire de la commune où est situé cet établissement qui devra être prévenu... s'il arrivait enfin qu'un malade sortît de l'établissement pour quelque motif que ce fût, avant que son état permit d'affirmer qu'il ne peut plus transmettre les germes de sa maladie, l'avis devrait en être donné dans la même forme que pour la déclaration, en indiquant le domicile ou le lieu auquel le malade aurait déclaré se rendre. »

———— Dans l'*armée* et la *marine*, la déclaration a été fixée par la circulaire du ministre de l'Intérieur, en date du 6 avril 1904, prise après entente complète avec le ministre de la Guerre (en conformité d'ailleurs avec la précédente circu-

laire du 5 juin 1903). Le ministre de la Marine a adopté la même manière de procéder (circulaire du 11 juin 1904).

« La déclaration de tous les cas de maladies transmissibles observés par les médecins militaires, au dedans comme au dehors des établissements de l'armée, sera faite désormais, uniformément et simultanément, à l'autorité militaire et à l'autorité civile, cette dernière représentée par le maire et par le préfet ou sous-préfet, dans chaque arrondissement... » (Circulaire du ministre de l'Intérieur.)

—— Les *sanctions* de la non-déclaration sont déterminées par les articles 27 de la loi de 1902 et 21 de la loi du 30 novembre 1892.

D'après ces articles, les sanctions consistent, pour tout docteur en médecine ou officier de santé, en une amende de 50 à 200 francs (loi du 30 novembre 1892) et pour tout autre personne (en cas d'épidémie) en une amende de 1 à 5 francs (loi de 1902).

Pour les maladies pestilentielles, d'après les articles 13 et 14 de la loi du 3 mars 1822 et le décret du 1^{er} août 1910, les sanctions sont beaucoup plus sévères : emprisonnement de 15 jours à 3 mois et amende de 50 à 500 francs pour tout individu qui « ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle aurait négligé d'en informer qui de droit ».

Les corollaires prophylactiques de la déclaration

On reconnaîtra facilement que pour lutter d'une manière efficace contre les maladies transmissibles, quelles qu'elles soient, la première condition nécessaire serait d'imposer la déclaration exacte de ces maladies.

S'il y a tout d'abord un intérêt statistique évident à connaître le nombre, l'étendue et la topographie de toutes les maladies contagieuses, cet intérêt ne justifie pas toujours à lui seul l'obligation de la déclaration. La déclaration n'a de valeur et d'efficacité que si elle provoque l'application des moyens prophylactiques indispensables pour enrayer leur propagation.

Actuellement, une seule mesure générale est impo-

sée par la loi : la désinfection. Il est hors de doute que la désinfection employée seule est insuffisante et ne représente qu'une partie de la prophylaxie des maladies contagieuses. D'autres mesures, souvent plus importantes, l'isolement en particulier, la recherche des porteurs de germes, la séroprophylaxie, la vaccination (sans compter toutes celles que l'on peut appliquer spécialement à chaque maladie) doivent être employées concurremment sans en omettre une seule, si l'on veut vraiment obtenir une action prophylactique qui ne soit point illusoire.

Envisageons donc brièvement ces principales mesures qui, pour justifier la véritable portée de la déclaration, devraient être sinon inscrites en totalité dans une législation future, tout au moins imposées réellement, en cas de besoin, par une autorité sanitaire compétente.

—— La *désinfection*, avons-nous dit, est la seule de ces mesures reconnue par la loi. Sans doute est-elle loin de mériter l'importance que le législateur semble avoir voulu lui attribuer dans la loi de 1902, en faisant de cette mesure la panacée prophylactique unique dans la lutte contre les maladies contagieuses. Faut-il pour cela lui dénier toute valeur, lui contester toute utilité, comme on a tendance à le faire?... nous ne le croyons point. Il faudrait seulement, à notre sens, lui donner la juste place qui lui revient.

Quoi qu'il en soit, voici comment elle se passe, du moins théoriquement, d'après les termes de la loi :

La désinfection est obligatoire (en vertu de l'article 7) « pour tous les cas de maladies visées à l'article 4 ».

La déclaration reçue, le maire et le préfet doivent avertir aussitôt le service communal ou départemental de désinfection. Dans nombre de départements il est vrai les médecins praticiens, pour permettre aux services sanitaires d'intervenir

d'une façon précoce, se mettent directement en rapport avec l'inspecteur départemental d'hygiène ou le délégué surveillant du poste de désinfection. (On ne saurait évidemment trop recommander cette méthode.)

Nous rappellerons qu'il existe, d'après le décret constitutif du 10 février 1906, pour les villes de 20.000 habitants et au-dessus, un ou plusieurs postes de désinfection (créés par le Conseil municipal après avis du directeur du bureau d'hygiène); pour les communes de moins de 20.000 habitants, des postes départementaux, au moins un par circonscription sanitaire (créés par le Conseil général après avis du Conseil départemental d'hygiène). Ces postes départementaux sont placés sous l'autorité du préfet et sous le contrôle de l'inspecteur départemental d'hygiène ou d'un délégué du Conseil départemental d'hygiène (délégué sanitaire).

Chaque poste de désinfection est dirigé par un chef de poste. Celui-ci se rend aussitôt au domicile du contagieux, remet au principal occupant une note rappelant l'obligation de désinfecter, reproduisant les pénalités prévues par la loi et le tarif de désinfection. Il s'occupe des mesures à prendre en cours de maladie à moins que la personne se charge par écrit de faire exécuter elle-même la désinfection, de se laisser contrôler par le service de désinfection et d'avertir le maire du transport du malade ou de sa première sortie après guérison. Après transport, guérison ou décès, la désinfection totale des locaux et des objets doit être effectuée sans délai. Si la destruction de certains objets est jugée nécessaire on procède à une estimation, car il existe des tarifs légaux et des taxes pour les indigents. La désinfection est gratuite pour les indigents.

Des résultats plutôt insuffisants ont été obtenus jusqu'ici dans cette pratique de la désinfection. Nous verrons plus loin les reproches que l'on a pu adresser à l'organisation des services de désinfection et à la désinfection elle-même, c'est-à-dire à ses indications et à son utilité.

——— *L'isolement* est sans aucun doute la première mesure prophylactique indispensable — car la plus efficace — qui devrait suivre la déclaration des maladies contagieuses.

Dans nombre de pays, l'isolement est obligatoire : Angleterre, Norvège, Suède, Hollande, etc.

En France, la loi de 1902 l'a édicté seulement à titre de mesure exceptionnelle en cas d'épidémie (article 8). Cependant le décret du 14 août 1914 donne au délégué sanitaire le pouvoir de demander l'isolement du contagieux s'il le juge utile. A Paris, un arrêté du Préfet de police en 1915, renouvelé en 1919, confirme cette mesure. Toutefois, les délégués sanitaires ne semblent pas l'avoir imposé si souvent jusqu'ici.

Aussi la plupart des hygiénistes en réclament-ils l'introduction dans la nouvelle législation. Le professeur Léon Bernard l'inscrit dans son projet de révision, le docteur Legros dans son rapport (article 40) :

« L'isolement est obligatoire dans un hôpital public ou privé ou dans une maison de santé, ou à domicile, sous la surveillance du médecin traitant. Le transport du malade dans un des établissements visés au paragraphe précédent peut être ordonné d'office par le directeur départemental des services d'hygiène, par le médecin inspecteur ou le médecin chef du bureau d'hygiène qui a reçu la déclaration. Cette mesure ne peut intervenir que si les conditions d'isolement à domicile ne sont qu'insuffisamment remplies et en tenant compte de toutes les circonstances personnelles et matérielles, si la maladie est de nature à constituer un danger pour la santé publique... »

——— *La recherche des porteurs de germes* est aussi une mesure nécessaire pour enrayer certaines épidémies, diphtérie, fièvre typhoïde, méningite cérébro-spinale, dysenterie, surtout depuis les progrès techniques qu'on a réalisés ces dernières années. Mais elle n'a de raison d'être que si elle est suivie de l'isolement des cas positifs et de leur traitement.

La loi de 1902 est restée muette sur ce point. Le décret du 14 août 1914 donne aussi, comme pour l'iso-

lement, aux délégués sanitaires tous les pouvoirs nécessaires. Mais à cause des mesures de contrainte qu'elle provoque c'est une méthode difficile à imposer pratiquement. Le nouveau projet de loi ne la fait pas entrer dans ses dispositions.

——— La *vaccination* est le plus sûr moyen de prévention que nous possédons. L'expérience a prouvé pour la variole ce qu'on peut attendre d'elle. Rappelons que l'article 6 de la loi de 1902, prescrit la vaccination et la revaccination antivariolique au cours de la première année, à onze ans et à vingt et un ans. Le décret du 7 décembre 1915 prévoit cette obligation en cas d'épidémie, etc.

Pour diverses raisons, on n'a pas cru devoir rendre obligatoire la vaccination antityphoïdique. On sait qu'elle n'est exigée que dans l'armée et dans certaines circonstances épidémiologiques. Pourtant les résultats très encourageants obtenus permettent de souhaiter la généralisation de cette obligation.

La vaccination antidiphthérique par l'anatoxine de Ramon pourrait être aussi, avec avantage, rendue obligatoire. Heureusement nous sommes loin d'être désarmés en cas d'épidémie, comme pour la variole, grâce à la séroprophylaxie.

Les essais de vaccination antituberculeuse par le B. C. G., malgré son efficacité amplement démontrée et son innocuité ne permettent pas encore d'imposer son obligation.

Quant aux autres vaccinations anticholérique, antipesteuse, elles n'ont en Europe que des indications exceptionnelles.

——— La *séroprophylaxie* a fait de grands progrès au cours de ces dernières années. Grâce aux réactions de Schick dans la diphtérie et de Dick dans la scarlatine, ses indications deviennent plus précises et plus facilement réalisables en particulier dans les écoles par exemple. Pour la diphtérie une injection de 1.000 à 2.000 unités de sérum permet dans les cas positifs d'obtenir très rapidement une immunité passive qui dure 21 jours; de même, pour la scarlatine il suffit de faire une injection de 5 centimètres cubes de sérum antitoxique pour négativer en 24 heures la réaction de Dick.

Outre d'autres sérums expérimentaux, antidysentérique, antipesteux, etc., on utilise maintenant l'injection de sérum de convalescent, suivant la méthode de Nicolle et Conseil, dans la rougeole et aussi la coqueluche. Les meilleurs résultats ont été ainsi obtenus, puisque, pour la rougeole, elle protégerait, dans une proportion de 95 0/0 des cas. Cette mesure prophylactique est donc très précieuse et pourrait être aussi facilement mise en œuvre en clientèle privée que dans les établissements publics, les écoles, où elle donne des résultats indéniables. Elle doit être, bien entendu, associée aux autres méthodes prophylactiques car elle ne confère qu'une immunité passagère.

——— Toutes ces mesures prophylactiques ont leurs indications bien précises. L'isolement seul peut être imposé d'une façon générale à toutes les maladies contagieuses. D'autre part, malgré leur importance il est bien évident qu'elles ne constituent pas les seuls moyens dont nous disposons puisque chaque maladie a sa prophylaxie spéciale.

En somme, la déclaration permet de prendre toutes les mesures sanitaires qui s'imposent pour cha-

que maladie. Elle peut orienter et stimuler les pouvoirs publics dans la lutte contre les maladies contagieuses. Mais il faut avant tout que l'autorité sanitaire soit suffisamment compétente et indépendante. Ses bienfaits peuvent être alors immenses.

Les résultats actuels de la déclaration

Cependant, depuis l'application de la loi de 1902, l'irrégularité des déclarations est devenue d'une vérité banale.

Sans doute dans les établissements publics, les écoles, l'armée, la loi est régulièrement respectée, mais en clientèle privée l'insuffisance des déclarations est incontestable.

Dans certains départements pourvus d'une inspection départementale d'hygiène et disposant de techniciens avertis (Seine, Seine-Inférieure, Loire, etc.) dans les grandes villes aussi, les déclarations médicales ont pu être il est vrai régulièrement obtenues, et ont permis, par suite d'une collaboration féconde entre médecins praticiens et inspecteurs d'hygiène, une application précoce et efficace de toutes les mesures prophylactiques.

Mais dans beaucoup de départements où les services d'hygiène n'existent que fort peu ou même n'existent pas du tout, et d'une façon générale dans les milieux ruraux, la déclaration ne se fait pas ou se fait très mal. D'une part parce que les médecins se soucient médiocrement de collaborer avec les pouvoirs publics et parce que ceux-ci d'autre part, s'accommodent volontiers de cette absence de zèle officiel. Dans les milieux ruraux par exemple, on peut dire qu'il existe une toute petite minorité de médecins qui dé-

clarent soigneusement et consciencieusement tous les cas de maladies contagieuses qu'ils peuvent rencontrer dans leur clientèle. D'autres, en grande majorité, déclarent de temps en temps, quand ils y pensent, quelques maladies contagieuses, espérant ainsi se couvrir contre une accusation possible de mauvaise foi. Enfin, un certain nombre ne les signalent jamais, que ce soit par mépris de la loi qu'ils trouvent mal faite, ou par négligence, scepticisme, quand ce n'est pas par absence de sens social.

Dans un rapport fait à l'Académie de médecine sur les épidémies de 1929, Brouardel signale la disproportion très nette qui existe dans certains départements, même pourvus d'une inspection départementale d'hygiène (Aisne, Marne, Seine-et-Marne, Deux-Sèvres) entre le nombre des cas déclarés d'une maladie et le nombre de décès qu'elle a entraînés : « Dans l'Aube, l'inspecteur départemental d'hygiène déclare que la diphtérie qui existait chez de nombreux enfants dans une commune ne fut pas déclarée... Dans le Finistère, l'inspecteur départemental conte, entre autres exemples, qu'en juin on déclara 5 cas de fièvre typhoïde; une enquête très rapide lui permit d'en constater 8 cas; des médecins réprimandés déclarèrent qu'ils faisaient comme toujours... L'inspecteur départemental du Gard écrit qu'il est impossible de s'en rapporter aux déclarations pour établir le total des maladies infectieuses. Ainsi, ajoute-t-il, le nombre des cas de diphtérie déclarés est inférieur à la réalité; ainsi pour la fièvre de Malte il est incontestable qu'au lieu de 120 cas déclarés, il y en a plus de 250... »

Ce manque d'empressement de la part des médecins praticiens a fait encore récemment à l'Académie l'objet de plusieurs rapports.

A la séance du 11 octobre 1932, MM. Loir et Daniel approuvent l'initiative du bureau du syndicat du Havre qui a envoyé à ses adhérents au début de l'année, un avis individuel demandant que la déclaration des maladies contagieuses fût faite, conformément à la loi. « Cet appel, disent-ils, n'a pas donné les résultats attendus. Le bureau d'hygiène nous fait savoir qu'à sa connaissance, de nombreux cas d'affections soumises à la déclaration n'ont pas été déclarés. Le bureau d'hygiène ne peut, dans l'ignorance des affections épidémiques, effectuer les recherches d'où découleront les mesures de prévention destinées à limiter la dispersion de ces affections. Nous faisons un nouvel appel aux confrères pour qu'ils veuillent bien apporter au bureau d'hygiène la collaboration qui leur est prescrite par la loi et leur conscience professionnelle. »

Deux mois plus tard, l'Académie votait la proposition présentée par une Commission composée de MM. Léon Bernard, Renault et Loir, demandant « aux Associations techniques, scientifiques et professionnelles médicales, de s'employer à obtenir de la part des médecins traitant une collaboration complète avec les organismes d'hygiène. Cette collaboration en vue des déclarations des maladies contagieuses est indispensable pour permettre aux services d'hygiène de procéder rapidement à l'enquête épidémiologique, base de toute prophylaxie ».

Toutefois, à une date plus récente (séance du 16 mai 1933), M. Léon Bernard note un certain accroissement du nombre des déclarations qu'il met sur le compte de l'heureux développement des services d'hygiène et de l'évolution sociale de l'esprit médical.

A Paris d'ailleurs, il semble, d'après les rapports faits au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, par l'inspecteur général des services techniques, M. le professeur Tanon, que les déclarations soient assez bien faites.

ETUDE CRITIQUE

LA REVISION DE LA LOI DE 1902

Quelles sont donc les raisons qui peuvent légitimer encore, en quelque mesure, l'opposition du corps médical à la déclaration, ou qui du moins expliquent en partie l'irrégularité actuelle des déclarations faites à l'autorité sanitaire?

Les médecins praticiens ont fait connaître les motifs de leur résistance. Ils portent en principe sur deux points essentiels :

D'une part, l'insuffisance des conséquences prophylactiques de la déclaration et en particulier l'inefficacité de la désinfection, seule mesure qui la suit en pratique;

D'autre part, l'obligation de la déclaration imposée au médecin seul et la violation du secret professionnel qu'elle entraîne avec toutes ses conséquences.

Au total, disent les médecins, des tracas pour les familles, des ennuis pour le médecin, et tout cela pour un bénéfice prophylactique nul.

Nous allons essayer tout d'abord d'analyser ces deux questions importantes et de montrer comment à notre avis, le nouveau projet peut résoudre toutes ces difficultés.

Mais une troisième question qui se pose, fondamentale elle aussi, est celle du choix des maladies auxquelles doit s'appliquer la déclaration. Doit-on remanier la liste actuelle? Doit-on l'étendre, dans un temps plus ou moins proche, à des maladies sociales comme la tuberculose, la syphilis et même le cancer?

Tels sont les différents problèmes que soulève la déclaration obligatoire des maladies transmissibles et que nous ne pouvons — on le conçoit — malgré leur intérêt étudier dans toute leur ampleur.

1. — *L'insuffisance actuelle des mesures prophylactiques, en particulier de la désinfection, — La Réforme de l'organisation sanitaire (Projet Legros).*

— L'insuffisance actuelle des mesures prophylactiques entraînées par la déclaration est reconnue de tous. La loi de 1902 a eu le tort de ne prescrire — avec une rigueur d'ailleurs excessive — que la seule désinfection. Or, la désinfection elle-même — du moins telle qu'elle est pratiquée actuellement — est inutile dans beaucoup de cas, inopérante presque toujours.

« C'est, dit Legros, dans son rapport, un des piliers et en même temps, la grande illusion de la loi du 15 février 1902... Nous croyons qu'il est inutile de persévérer plus longtemps dans une méthode qui a été reconnue pour la plupart des maladies contagieuses, comme dépourvue de tout fondement scientifique, et qui entraîne pour les départements et les communes, des dépenses souvent considérables, et en tout cas, absolument hors de proportion avec ses bienfaits. »

Les reproches — très légitimes — qu'on lui adresse sont à la fois d'ordre scientifique et d'ordre pratique :

Dans le domaine scientifique, d'une part, l'obligation générale de la désinfection n'est pas justifiée; d'autre part, la désinfection en cours de maladie, étant la plus importante, doit tendre de plus en plus à l'emporter sur la désinfection finale :

Si la désinfection en effet est utile dans la variole, la diphtérie, la scarlatine, la tuberculose ouverte (en cas de déclaration) elle est d'un intérêt beaucoup moindre dans la fièvre typhoïde et la dysenterie, elle est complètement inutile en tout cas dans la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la polyomyélite antérieure aiguë, etc.

D'autre part, la place prépondérante doit être faite à la désinfection *en cours de maladie*, le danger résidant surtout dans le malade lui-même, ses sécrétions et ses déjections. La désinfection *terminale* n'est utile, en réalité, que dans certains cas (tuberculose, fièvre typhoïde); elle est complètement illusoire dans le cas où le germe est fragile (rougeole, grippe, oreillons) : « Lorsque les désinfecteurs arrivent, dit Legros, il ne leur reste plus qu'à s'attaquer aux fantômes de l'imagination. Les ennemis invisibles qu'ils viennent poursuivre dans les angles des murs, dans les fentes du plancher, dans les interstices des meubles et pour lesquels ils se sont armés avec tant de fracas n'existent déjà plus, si même ils ont pu choisir momentanément ces refuges, car il suffit de la lumière du jour pour les annihiler... »

Mais indépendamment de ces objections théoriques, que d'inconvénients et de difficultés pratiques n'a-t-on pas reproché à la désinfection? On lui a reproché d'être souvent la cause d'une véritable « intru-

sion » dans les familles, d'être une source d'ennuis par exemple pour les commerçants, surtout détenteurs de denrées alimentaires, d'être irréalisable dans la plupart des cas : « Soixante fois sur cent, a-t-on dit, il s'agit de ménages d'ouvriers, l'appartement se compose de deux ou trois pièces au plus. Où mettre la famille de cinq à six personnes. Explication entre le père de famille et l'employé qui est mis à la porte. Résultat : un enfant atteint de maladie contagieuse est caché et soigné sans l'intervention du médecin. » On a fait ressortir aussi le désintéressement habituel des maires, dans les communes dépourvues d'un bureau d'hygiène, pour le sort des déclarations, négligeant de prévenir aussitôt le service départemental de désinfection; et, surtout, l'incompétence, l'insuffisance de l'éducation technique du personnel sanitaire : car la loi de 1902 n'étant pas impérative en ce qui concerne l'inspection départementale d'hygiène, il arrive que le délégué sanitaire choisi ignore tout de l'hygiène et ne contrôle rien, et, d'autre part, le chef de poste laissé sans guide s'enlise dans la routine, d'autant plus qu'il est secondé par des agents presque partout mauvais.

Il résulte de toutes ces considérations que si du point de vue théorique, la désinfection doit être limitée à ses indications précises et effectuée d'une manière précoce, en cours de maladie, du point de vue pratique ses inconvénients ne pourront être résolus que grâce à une réforme adéquate de notre administration sanitaire.

— C'est d'ailleurs, devant l'inefficacité de la désinfection et l'insuffisance des mesures prophylactiques en général et étant donné aussi les acquisitions nouvelles de l'épidémiologie et de la prophylaxie, que

la nécessité d'une réorganisation générale de l'hygiène s'est imposée de plus en plus et par suite la nécessité de la révision de la loi de 1902.

A la base de toute organisation rationnelle de l'hygiène doit se trouver l'obligation pour tous les départements d'une inspection départementale d'hygiène sérieusement établie. Depuis 1904, l'Académie de médecine n'a pas cessé de réclamer la généralisation de ces inspections. De multiples propositions de loi ont été déposées dans ce sens et le nouveau projet n'a pas d'autre principal objet. « C'est que effectivement on ne conçoit pas de rouage qui soit plus essentiel et dans tous les pays du monde qu'on a voulu doter d'une organisation rationnelle de l'hygiène c'est la première idée qui s'est imposée aux esprits. »

Mais si, à l'heure actuelle, ces inspections départementales sont loin d'exister dans tous les départements, elles présentent souvent par ailleurs de très insuffisantes garanties :

« Comme la création de ces inspections dépend uniquement à l'heure actuelle de la décision des Conseils généraux, que la sélection par le concours ou même sur la présentation de titres n'est pas toujours exigée, que le concours lui-même présente la plus grande diversité, que le favoritisme ne laisse pas que d'intervenir souvent pour faire triompher des candidats qui ne sont même pas pourvus du diplôme d'hygiène au détriment de candidats diplômés, il en résulte que de très nombreuses nominations sont loin d'être exemptes de véritables erreurs. C'est ainsi qu'à une date encore récente, on a appelé pour diriger l'hygiène dans un de nos plus grands départements un ancien professeur d'école primaire qui avait péniblement conquis son diplôme de doctorat et très peu

exercé la médecine. Si telle est l'hygiène dans les départements soi-disant organisés, imagine-t-on ce qu'elle peut être dans les départements où la direction des services d'hygiène est confiée à des médecins praticiens beaucoup trop absorbés par les soucis de leur clientèle pour être capables de se consacrer profitablement à leur tâche sociale, ou bien à l'inspecteur de l'Assistance publique qui parfois n'est même pas un docteur en médecine ou à l'inspecteur des fraudes. » (Legros).

Et que dire alors des bureaux municipaux d'hygiène — quand ils existent — où les directeurs sont plus ou moins spécialisés (car aujourd'hui ni le diplôme d'hygiène ni même celui de docteur en médecine n'est légalement exigible) et en tout cas réduits à la plus parfaite impuissance!

Comment dans ces conditions peut-on espérer que la déclaration des maladies contagieuses soit faite dans certains départements d'une manière satisfaisante?

Si l'on veut obtenir des déclarations exactes de la part des médecins, il faut avant tout que les services sanitaires leur inspirent confiance, qu'ils soient dirigés par des médecins spécialisés, indépendants et munis d'une autorité, d'un relief qui leur permettent de faire œuvre utile.

Aussi cette réforme de l'organisation sanitaire, les médecins, les sociétés médicales, les hygiénistes, l'Académie de médecine sont unanimes à les réclamer. C'est pourquoi aussi, dans le projet Legros, l'organisation générale de l'hygiène est basée sur l'obligation d'une » Direction départementale d'hygiène » dont le titulaire sera docteur en médecine et nommé par le ministre à la suite d'un concours. Ce médecin inspecteur

sera supplé et aidé par des médecins inspecteurs départementaux, également recrutés au concours, ayant exercé la médecine mais ne faisant pas de clientèle. Le médecin chef des bureaux d'hygiène sera nommé par le maire et choisi parmi les candidats ayant passé avec succès le concours de médecins inspecteurs.

Le Directeur départemental, « véritable *préfet sanitaire*, aura sous son autorité tout ce qui concerne l'hygiène publique aussi bien que l'hygiène sociale et, en premier lieu, les bureaux municipaux d'hygiène ».

Il devra se tenir en étroit contact avec les municipalités, collaborer avec les maires dont il sera le précieux conseiller, et aura dans ses attributions la protection des denrées. Il recevra la déclaration des maladies contagieuses, au même titre et dans les mêmes conditions que les médecins chefs des bureaux d'hygiène. C'est en cas d'épidémie que le rôle du Directeur prendra une importance exceptionnelle pour les combattre aussitôt et arrêter leur propagation. Il signera avec le maire les permis de lotir, de construire et d'habiter, et ses pouvoirs d'enquête s'étendront naturellement aux logements et habitations insalubres. Il exercera la police des eaux. Il aura aussi la haute main sur les services d'hygiène sociale par l'intermédiaire de l'Office d'hygiène sociale départemental dont il sera de droit secrétaire général.

Bref, il sera l'animateur direct de tous les services d'hygiène, libéré de toute dépendance vis-à-vis de l'Administration départementale, placé uniquement sous l'autorité du pouvoir central, et par conséquent soustrait aux influences politiques locales.

Ainsi, avec un corps d'hygiénistes départementaux et municipaux ayant une autorité certaine, une compétence indiscutable, toutes les mesures sanitaires pour-

ront être prises conformément aux données de l'épidémiologie.

Le pouvoir central, en ce qui concerne par exemple la déclaration des maladies contagieuses, pourrait, après avoir indiqué les mesures prophylactiques efficaces et les directives générales, laisser aux organismes locaux toute latitude dans leur application. Ceux-ci, plus avertis des conditions de la profession médicale et des intérêts légitimes des malades et de leur entourage, sauront seuls être bons juges, en accord pour cela avec les médecins praticiens, des mesures qui pratiquement pourront être appliquées pour les besoins de la collectivité et des malades eux-mêmes.

Il serait vain de dissimuler en effet que rien ne saurait être fait en matière d'hygiène sans la collaboration volontaire et confiante des médecins praticiens : « Car rien ne vaut le médecin qui vit sur place en communion constante avec les populations auxquelles il est capable de faire accepter des mesures qu'aucune menace de sanction officielle ne réussira souvent à imposer, dont les yeux plongent dans tous les foyers et savent fouiller partout, qui est mieux situé qu'aucun autre pour renseigner la Commission ou le médecin inspecteur sur telle maison insalubre, telle source contaminée ou telle fosse à purin qui, par son voisinage immédiat, risque de la souiller » (Legros).

Cette collaboration directe entre hygiénistes et médecins praticiens doit être une des règles fondamentales de toute administration sanitaire. Vouloir, à notre avis, organiser la lutte contre la maladie, sous quelque forme que ce soit, sans l'appui total des médecins praticiens, serait aller à un échec certain.

« Quand les médecins praticiens seront assurés que

leur correspondance avec l'inspecteur d'hygiène ne présente aucun inconvénient pour leur situation personnelle et offre les plus grands avantages non seulement pour la santé publique, mais aussi pour leurs clients, ils s'empresseront de nous fournir la documentation complète sincère, scientifique, sans laquelle ne peut exister l'hygiène sociale, sauvegarde de notre pays. » (M. Martin et Briau, *Mouvement sanitaire*, 30 juin 1924.)

2. — *La déclaration imposée au médecin traitant. — Le secret professionnel. — La rémunération.*

Comme nous l'avons vu, la déclaration des maladies contagieuses est imposée, par la loi de 1902, au docteur en médecine, officier de santé, sage-femme et exceptionnellement, en cas d'épidémie, au chef de famille ou au logeur, etc...

A l'étranger, on constate à ce point de vue les dispositions les plus variées :

Un certain nombre de pays imposent aux médecins seuls la formalité de la déclaration : l'Italie, les Pays-Bas, le Chili, l'Etat de Virginie (Etats-Unis), Porto-Rico, etc.

Les autres pays ne limitent pas aux médecins l'obligation de la déclaration : dans les uns, elle est obligatoire simultanément pour les médecins et d'autres personnes (chef de famille, chef d'établissement, logeur, parents ou soignants). Ce sont la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Grande-Bretagne, la Tchécoslovaquie, la Turquie, le Canada, le Pérou, le Japon, l'Australie et les Etats-Unis. Dans d'autres, elle est exigée d'abord des médecins ou, à défaut de médecin

traitant, des autres personnes (chef de famille, logeur, etc...) : ce sont l'Allemagne, l'Autriche, la Pologne, la Suède, la Suisse.

On peut remarquer qu'aucun pays ne délivre le médecin du souci de la déclaration, comme certains le proposent en France.

En France, en effet, cette obligation par le médecin seul a toujours été critiquée, les uns prétendant que les médecins doivent être déchargés complètement de la déclaration, les autres qu'elle soit exigée simultanément du chef de famille ou de son représentant.

Les syndicats médicaux se sont toujours déclarés opposés à la déclaration faite directement ou indirectement par le médecin traitant à l'Administration, celle-ci devant incomber uniquement au malade ou à son répondant légal, le médecin remettant au répondant le bulletin de la déclaration dûment rempli. Certains hygiénistes ou membres de l'Académie de médecine ont émis le même avis (professeur Bard, séance du 7 février 1928).

Cependant, un état d'esprit inverse se montre par exemple à la Société de l'internat des hôpitaux de Paris : « La Commission estime que la déclaration se fasse de médecin à médecin, de médecin traitant à médecin sanitaire, et non plus par le médecin traitant ou représentant non médecin de l'administration communale. Elle juge dans ces conditions qu'il serait inutile de faire transmettre au médecin sanitaire par la famille ou l'entourage du malade, la déclaration que lui remettrait le médecin traitant. La commission juge plus pratique, plus rapide et plus acceptable par les médecins, la déclaration directe de médecin à médecin, sans passer par l'intermédiaire de la famille. Elle estime en conséquence que la réforme de l'Adminis-

tration sanitaire doit précéder logiquement la réforme du mode de déclaration. » (*Bulletin officiel*, 16 juin 1913.)

Par contre, certains estiment que la déclaration doit être faite conjointement par le médecin et le chef de famille ou son représentant. C'est ce que déjà en 1907 le professeur Widal réclamait dans un rapport fait à l'Académie de médecine sur les épidémies, ainsi que Clemenceau, étant ministre de l'Intérieur en 1909, dans son projet de loi. Récemment encore (séance du 16 mai 1933), l'Académie de médecine formulait la même conclusion dans un vœu adressé à M. le Ministre de la Santé publique où elle rappelait la nécessité de soumettre le plus rapidement possible aux délibérations du Parlement le projet de révision de la loi de 1902. Et Legros dans son projet déclare :

« *Article 38.* — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies transmissibles qui sont visées à l'article suivant est obligatoire pour tout docteur en médecine qui en constate l'existence. La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés. La déclaration est également obligatoire, sous les réserves qui pourront être formulées par le règlement de l'administration ci-après, pour le chef de famille et, le cas échéant, pour l'hôtelier. »

——— L'argument essentiel invoqué contre l'obligation de la déclaration par le médecin réside dans la nécessité du *secret professionnel*.

Déjà, au moment de la discussion du projet de loi de 1902, cette objection avait fait l'objet d'un examen particulier de la part du docteur Josias, rapporteur de l'Académie de médecine, qui déclarait en substance que l'agent de l'autorité qui reçoit la déclaration est

tenu formellement lui aussi au secret, et que la loi étant égale pour tous, le secret professionnel ne sera pas divulgué par l'autorité.

A la vérité, nous ne croyons pas que depuis l'application de la loi de 1902, on ait pu invoquer si souvent cet argument du secret médical contre la déclaration des maladies contagieuses. En tous cas, il paraît très peu justifié, du moins en ce qui concerne les maladies actuellement visées par la loi : car il est de toute évidence que la plupart de ces maladies ne sont pas de celles que l'on tient à cacher pour elles-mêmes, et s'il est des circonstances spéciales qui, indépendamment de la nature même de la maladie, pourraient légitimer le devoir du secret, ces circonstances doivent être bien rares. Dans la majorité des cas, croyons-nous, ce n'est pas à cause du secret médical, ce n'est pas tellement par crainte que la maladie fût dévoilée directement ou indirectement par l'autorité sanitaire, que les médecins se refusent à faire la déclaration, mais plutôt à cause de l'insuffisance des mesures prophylactiques, à cause des difficultés pratiques de la désinfection et des ennuis qu'elle occasionne souvent à la famille du malade, et qui sont imputés fatalement au médecin ayant fait la déclaration.

L'expérience ne prouve-t-elle pas, comme nous l'avons dit par ailleurs, que dans les départements où les services d'hygiène sont suffisamment développés et dirigés par des médecins compétents, les déclarations ont été régulièrement obtenues des médecins?

Le secret médical nous paraît donc un argument qui gardera très peu de partisans le jour où la nouvelle loi sera en vigueur, et cette question de la déclaration par le médecin ou le chef de famille ne présentera plus alors qu'un intérêt secondaire.

—— On a songé pour favoriser la déclaration à des méthodes d'encouragement sous la forme par exemple d'une *rémunération*.

Certains pays l'ont inscrite dans leur législation sanitaire : l'Angleterre, la Belgique, les Etats-Unis.

En France, ce système a été proposé plusieurs fois. Au XII^e Congrès d'hygiène, le docteur Baylac a fait voter cette proposition à l'unanimité : « Le XII^e Congrès d'hygiène, inspiré par le souci de favoriser les prescriptions de la loi du 15 février 1902 sur la déclaration des maladies contagieuses, émet le vœu qu'une indemnité soit accordée aux médecins traitants pour la déclaration des cas de maladies contagieuses et pour leur collaboration aux mesures de désinfection prescrites par la loi. »

On peut douter que cette solution puisse avoir une influence quelconque sur le nombre des déclarations actuelles, car si cette rétribution acceptée par le médecin pour cette partie de ses attributions qu'il exerce dans l'intérêt de l'hygiène publique est peu conforme aux lois de la morale médicale, il ne faut pas oublier non plus que la déclaration faite par le médecin nuit souvent à ses intérêts personnels; non seulement parce que — actuellement du moins — il peut perdre des clients pour l'avenir à cause des ennuis qu'on lui attribue du fait de la déclaration, mais aussi parce que l'envoi du malade dans un hôpital public, par exemple, diminue souvent les gains propres du médecin.

Aussi, à notre avis, cette solution ne peut être envisagée que comme une indemnité légitime et non comme une méthode d'encouragement.

3. — *La liste des maladies à déclarer.*
La liste actuelle.

La liste des maladies soumises à la déclaration obligatoire n'a pas encore été précisée dans le projet de révision de la loi de 1902.

Si l'on étudie tout d'abord cette liste dans la plupart des pays étrangers, on peut faire quelques constatations générales :

Certains pays, comme l'Italie, ne donnent pas de liste nominative, la loi prévoyant — sans spécifier — la déclaration de toute maladie contagieuse. D'autres donnent une liste nominative réduite, mais prescrivent la déclaration de tout cas de maladies épidémiques lorsqu'elles présentent un danger pour la santé publique (Portugal par exemple). Certains pays tels que l'Allemagne, les Etats-Unis, ont une liste particulière à leurs différents Etats. Enfin quelques-uns inscrivent dans leur liste les maladies les plus diverses : beribéri, pellagre, ankylostomiase, actinomycose (Hongrie); trichinose, hydrophobie, botulisme (Pologne); tétanos, charbon (Serbie); le paludisme (Pologne, Venezuela); l'alcoolisme dans le cas de delirium tremens (Danemark); le cancer (Venezuela), etc...

Beaucoup de pays n'ont pas hésité à inscrire la tuberculose : certains Etats de l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Bulgarie, la Hongrie, la Suède, la Norvège, le Danemark, la Pologne, l'Espagne, l'Italie, la Suisse, la Grèce, le Maroc, l'Union sud-africaine, la plupart des Etats-Unis d'Amérique, la République Argentine, l'Uruguay, le Venezuela, le Canada... Et quelques-uns les maladies vénériennes : la syphilis

est à déclaration obligatoire au Danemark, en Suède, en Norvège, en Allemagne, en Tchécoslovaquie, aux Etats-Unis.

En France, la loi de 1902 prévoit, comme on sait, deux catégories de maladies, les unes à déclaration obligatoire, les autres à déclaration facultative, cependant que des maladies non moins transmissibles sont totalement oubliées : les maladies vénériennes en particulier.

Il faut cependant remarquer que le choix de ces maladies a été fondé sur les principes émis par Vallin dans son rapport à l'Académie de médecine à propos de l'application de la loi de 1892, et que ces principes sont tout à fait logiques. Il suffit d'ailleurs de les rappeler : « Les maladies dont la déclaration est obligatoire, dit Vallin, doivent être de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes au voisinage du malade... Dans l'établissement de cette liste, d'ailleurs revisable, de maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire, il est nécessaire de tenir compte des difficultés d'exécution, de l'état de la science et de l'opinion publique, etc... »

Ainsi donc, avec l'adoption de la nouvelle loi, dans quel sens pourra-t-on remanier la liste actuelle, et devra-t-on maintenir cette division en deux catégories ?

Pour toutes les maladies comprises dans les deux listes (exception faite pour la tuberculose que nous examinerons plus loin), la déclaration obligatoire ne présente à notre avis que des avantages. Les progrès de l'épidémiologie ont certes modifié nos connaissances sur le mécanisme de la contagion de beaucoup d'entre elles et sur les moyens de prophylaxie em-

ployés vis-à-vis d'elles. S'il est vrai que la désinfection pour des maladies comme la rougeole, la polyomyélite antérieure aiguë, la méningite cérébro-spinale est parfaitement inutile, il ne s'ensuit pas que la déclaration le soit, puisqu'aussi bien d'autres mesures prophylactiques peuvent être prises à leur égard : l'isolement, la séroprophylaxie, etc.

D'autre part, pour les maladies de la deuxième catégorie, il est possible que dans les cas ordinaires, les mesures de désinfection, d'isolement ne donneraient aucun résultat appréciable. Il faut toutefois admettre qu'elles peuvent se présenter sous la forme d'une épidémie très grave (la grippe par exemple) et nécessiter l'intervention de l'autorité sanitaire. Même dans les cas ordinaires, et malgré que l'autorité sanitaire n'aurait que peu ou pas à intervenir (c'est le médecin qui l'indiquerait dans sa déclaration), la déclaration pourrait présenter quelque intérêt, ne serait-ce qu'au début d'une épidémie. En tous cas, nous ne voyons pas les inconvénients qu'elle pourrait offrir pour le malade ou pour le médecin, et à notre avis, la déclaration de toutes ces maladies devrait être obligatoire.

Quant à la déclaration des cas suspects dont on a parlé quelquefois, il conviendrait peut-être de ne l'exiger que s'il s'agit de maladies qui, d'après l'expérience acquise, peuvent prendre une extension rapide et causer des pertes sensibles en vies humaines : le choléra, la peste, le typhus, etc.

En ce qui concerne la déclaration obligatoire de la tuberculose et des autres maladies sociales, la syphilis, le cancer même, la question est beaucoup plus délicate et à cause de son importance, mérite d'être étudiée d'une façon particulière.

La déclaration obligatoire de la tuberculose

La déclaration obligatoire de la *tuberculose* est une question très controversée.

Elle fut soulevée pour la première fois à l'Académie de médecine en 1898 à propos du rapport Grancher sur la prophylaxie de la tuberculose. En 1902, malgré les efforts de Thoinot, la déclaration devint seulement facultative.

Mais c'est surtout depuis une vingtaine d'années qu'elles fut l'objet de nombreuses discussions. L'Académie de médecine a émis plusieurs fois un avis favorable : en mai 1913, sur le rapport Letulle; en 1919, sur un rapport de Bezançon à la suite d'un projet de loi déposé à la Chambre par M. Mourier, sous-secrétaire d'Etat du service de Santé militaire; en avril 1922 l'Académie, sollicitée de nouveau, émettait le vœu suivant :

« Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose « ouverte » soit obligatoirement déclaré sitôt le diagnostic établi.

« *Signé* : ROUX, VAILLARD, LANDOUZY, RICHET. »

Aussi, le 10 février 1926, M. Justin Godart déposait une proposition de loi tendant à rendre obligatoires d'une part les décès pour tuberculose, d'autre part les cas de tuberculose contagieuse. La Chambre, le 30 juin 1927, votait sur le rapport Gardiol la déclaration obligatoire, après tout décès ou changement de résidence, des cas de tuberculose ouverte, proposition non encore adoptée à l'heure actuelle par le Sénat.

Cependant, si cette dernière proposition est à peu près unanimement admise, le corps des médecins pra-

ticiens fait une opposition à peu près générale à la déclaration des cas de tuberculose « ouverte » (en cours de maladie). En 1927, le Syndicat des médecins de la Seine votait l'ordre du jour suivant : « Le Syndicat des médecins de la Seine, considérant que la déclaration obligatoire de la tuberculose, par la crainte que son éventualité ferait naître dans l'esprit des malades, serait de nature à les empêcher d'avoir recours en toute confiance au médecin, seul capable d'assurer l'action prophylactique précoce et nécessaire, et qu'à l'encontre du but poursuivi serait ainsi réalisée administrativement la diffusion du fléau; considérant qu'au contraire la désinfection obligatoire des locaux au départ des locataires, facile à réaliser, sans violation du secret professionnel, éviterait les inconvénients de la déclaration et présenterait des garanties efficaces contre la propagation des maladies contagieuses; proteste par avance contre l'adoption d'une mesure vexatoire au premier chef pour la population. »

Récemment encore, les syndicats médicaux se déclaraient opposés plus que jamais à la déclaration obligatoire de la tuberculose : « Tant que l'Etat n'aura pas rempli ce devoir essentiel de traiter le tuberculeux et d'assurer sa vie matérielle et des personnes à sa charge, il n'a pas le droit d'exiger de quiconque la déclaration officielle de cette maladie » (*Le Médecin de France*, 15 octobre 1932). Une violente campagne est aussi organisée par les adversaires de la déclaration dans certains périodiques, le *Courrier médical* de Lyon par exemple, où ils nient en particulier la contagiosité de la tuberculose chez l'adulte.

En revanche, il faut noter qu'un grand nombre de médecins acceptent cette déclaration, puisque d'après

une récente communication de M. le professeur Tannon, médecin en chef de la Préfecture de police, plus de dix mille cas de tuberculose ouverte sont spontanément déclarés annuellement à Paris par les médecins traitants.

Quoi qu'il en soit, M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, a — il n'y a pas longtemps — fait remettre à l'étude cette question. Le Conseil supérieur d'hygiène publique a adopté à l'unanimité le principe de la déclaration obligatoire de la tuberculose en novembre 1932. L'Académie de médecine l'étudie actuellement.

—— Nous allons donc exposer quelques-uns des arguments essentiels invoqués par les adversaires de la déclaration obligatoire de la tuberculose et nous allons voir que les objections et les inconvénients qu'on lui attribue ne résistent pas à un examen approfondi, et ne peuvent être mis en balance avec les avantages certains que pourrait assurer aux malades comme à la collectivité l'obligation de la déclaration, pour peu que les services sanitaires soient bien organisés.

La déclaration obligatoire de la tuberculose, disent ses adversaires, est nuisible, inutile et coûteuse.

1° Elle est nuisible pour plusieurs raisons :

— Elle viole le secret professionnel et cela est plus important que pour les autres maladies à cause de la chronicité de la tuberculose et de ses conséquences sociales. Il peut en résulter (du fait de cette violation du secret) de graves ennuis non seulement pour le malade, mais aussi pour le médecin.

Vous allez, dit-on, stigmatiser le tuberculeux, le marquer publiquement, en faire un « paria » dans la société; car, quoi qu'on en puisse dire, le public est

bien convaincu de la contagiosité et de la gravité de la tuberculose. « A ce point de vue l'éducation de la masse n'est pas faite. Pour elle, l'étiquette « tuberculeux » est presque considérée à l'égale de l'étiquette « lépreux ». En tous cas il est bien certain que lorsque dans un magasin, une maison de couture ou tout autre établissement, un malade sera du fait de la déclaration classé tuberculeux, ce malade verra se fermer de façon définitive les portes des ateliers, bureaux qui jusqu'alors lui avaient permis de gagner sa vie et quelquefois aussi celle des siens » (Docteur Cibrie : *Médecin de France*).

Pour le médecin même, la violation du secret peut lui causer de réels préjudice moraux et matériels et l'exposer à des poursuites judiciaires.

— En ce qui concerne le secret professionnel on peut répondre que (avec une organisation sanitaire telle que la prévoit le nouveau projet de loi) la déclaration sera faite de médecin à médecin, de médecin traitant à médecin sanitaire. Le secret sera donc protégé par le mécanisme même de la déclaration.

Les malades d'ailleurs qui voudront être certains que le secret sera gardé n'auront qu'à prendre individuellement, et sous la direction de leur médecin traitant, les mesures prophylactiques nécessaires; l'effet de la déclaration consistera uniquement dans son enregistrement dans un but statistique par exemple. Le tuberculeux aisé n'aura ainsi à redouter ni visite indiscreète du médecin sanitaire ou de l'infirmière visiteuse, ni divulgation de la maladie par une désinfection ostensiblement opérée.

Quant aux autres malades, c'est-à-dire la classe la plus nombreuses des tuberculeux indigents, le médecin, en faisant sa déclaration, ajouterait qu'il demande

au dispensaire de s'en charger. Et il nous semble bien rare malgré tout, que des indiscrétions puissent être commises, tant du côté des dispensaires que des services d'hygiène, par un personnel instruit et dirigé par des médecins spécialisés, ayant de ce fait une certaine éducation médicale et morale et comprenant mieux les obligations respectives qui doivent exister entre ce malade et la collectivité. Ainsi par exemple, la désinfection — qui ne sera d'ailleurs obligatoire qu'en cas de décès — sera effectuée avec toute la discrétion nécessaire sans grand appareillage et par un personnel restreint. Dans la pratique courante, c'est en recommandant l'usage du crachoir, sa désinfection, celle du linge, ainsi que toutes les mesures d'hygiène et de propreté générale que sous la direction du médecin traitant, les visiteuses d'hygiène pourront assurer la prophylaxie nécessaire. Il ne faut pas oublier non plus que « c'est le tuberculeux vivant qui est dangereux surtout par son expectoration bacillifère et que ce sont surtout les jeunes enfants qui sont le plus exposés à la contagion » (Brouardel).

Quant aux conséquences d'une indiscrétion possible, elles n'ont pas la gravité qu'on veut leur attribuer :

Il y a une évolution indubitable dans l'éducation du public au sujet de la tuberculose, comme le montre l'intérêt avec lequel il suit la lutte engagée, son immense appui par exemple pour le timbre antituberculeux; comme le témoigne aussi le succès des dispensaires auprès de la population dans les régions où ils fonctionnent et qui démontre bien que les malades n'hésitent pas à se déclarer pour pouvoir user des ressources de ces établissements.

Les médecins eux-mêmes n'ont-ils pas tendance à

exagérer leurs craintes puisqu'un grand nombre déclarent la tuberculose comme le prouve l'exemple du professeur Tanon, et nous ne sachions pas qu'ils aient eu à le regretter.

— La déclaration présente encore des inconvénients à cause de la difficulté du diagnostic de la tuberculose !

— Mais, en prenant toutes les précautions voulues et surtout si la déclaration n'est obligatoire que pour les cas de tuberculose dite « ouverte », c'est-à-dire décelés par des signes cliniques et bactériologiques certains, cette objection disparaît d'elle-même.

2° La déclaration, a-t-on dit surtout, est inutile et inefficace :

Inutile, parce que la désinfection qui est le seul corollaire prophylactique obligatoire ne supprime pas la source de contagion qui réside dans le malade lui-même et son expectoration ; inefficace aussi, tant que l'organisation antituberculeuse sera aussi incomplète, aussi longtemps qu'on ne fera rien pour supprimer les facteurs sociaux capitaux de l'étiologie, de la tuberculose, le taudis, l'alcoolisme, le surmenage, la misère, etc.

— Tout le monde est d'accord que la désinfection n'est pas la panacée prophylactique unique mais qu'elle doit avoir la place qu'elle mérite, et nous n'insisterons pas sur ce point.

Il est incontestable d'autre part que les facteurs sociaux jouent un grand rôle dans l'étiologie de la tuberculose, mais nous savons très bien que la suppression de l'alcoolisme et du taudis n'entraîne pas la disparition du bacille. Que l'on organise la lutte contre ces facteurs, contre le terrain en quelque sorte, soit ! (Rien n'empêche d'ailleurs qu'elle ne soit menée

parallèlement.) Mais on doit reconnaître que la lutte doit être dirigée avant tout contre le bacille.

C'est pour combattre la contagion, c'est pour détruire le bacille où il se trouve, qu'ont été créés tous les instruments de prophylaxie qui constituent ce qu'on a appelé judicieusement « l'Armement antituberculeux français ». On ne peut nier, à ce point de vue, tous les progrès accomplis, toutes les réalisations opérées ces dernières années dans l'organisation antituberculeuse. Plus de 700 dispensaires sont déjà en fonctionnement sur l'ensemble du territoire. La formation des visiteuses se poursuit activement (18 écoles, 1.500 infirmières visiteuses). Les sanatoria, au nombre encore insuffisant, se multiplient. Des hôpitaux-sanatoriums, des pavillons hospitaliers spéciaux se sont ouverts. Au total, plus de 50.000 lits. Sans compter les œuvres de préservation de l'enfance, Œuvre du placement familial des tout-petits, Œuvre Grancher, etc.

Mais nous ajouterons que même si on reconnaît l'insuffisance de ces organismes — et nous dirions plutôt, surtout si on la reconnaît — c'est précisément dans le but de les développer et d'en créer de nouveaux, que la déclaration de la tuberculose pourrait rendre des services. C'est en nous orientant sur l'étendue du mal, sa marche, sa localisation, que la déclaration permettrait de nous orienter rationnellement sur les progrès à réaliser dans cette organisation.

Les effets de la déclaration seraient encore de faire jouer, de concert avec les médecins, tous les moyens d'action antituberculeuse dont disposent les dispensaires et dont beaucoup de malades ne profiteraient pas autrement : intervention des visiteuses, ustensiles de prophylaxie, ressources d'assistance, accès au sa-

natorium, mesures de préservation des enfants, etc... De plus, par le fait de la déclaration le médecin traitant, qui aura libre accès au dispensaire, fera bénéficier ses malades riches ou pauvres d'une instrumentation technique qui n'est que rarement à sa portée (examens bactériologiques et radiologiques).

3° Enfin on reproche à la déclaration d'être coûteuse, car sous prétexte de déclaration et d'organisation on créerait de nouveaux fonctionnaires.

— Nous ne pourrions évidemment pas préciser les dépenses supplémentaires que pourrait occasionner la déclaration aux « Directions départementales d'hygiène ». Mais nous croyons que plus une organisation sanitaire est bonne, plus elle est contralysée et dirigée, moins les dépenses sont élevées et meilleurs sont les résultats obtenus.

——— En conclusion, loin de violer une des injonctions de sa conscience et d'exposer le malade comme lui-même à des préjudices plus chimériques que réels, le médecin en déclarant, à l'abri d'un secret conservé entre confrères par le fait d'une organisation sanitaire mieux conçue, trouvera des facilités pour accomplir sa tâche et des adoucissements au sort de son malade. Il rendra, en outre, un immense service à la société dans la lutte contre ce terrible fléau.

Et nous pourrions résumer ainsi les avantages et l'utilité de la déclaration obligatoire de la tuberculose :

a) En premier lieu l'utilité statistique qui est à la base de toute politique sanitaire rationnelle;

b) Ensuite, par sa valeur technique considérable, elle entraînerait la création et le développement des

organismes de cure, d'assistance, de prévention, des laboratoires de diagnostic, etc...;

c) Par sa valeur éducative, elle provoquerait des initiatives des pouvoirs publics, elle permettrait de mesurer leurs efforts et de justifier les crédits nécessaires; dans le public elle susciterait un mouvement d'opinions plus intense en faveur de la lutte antituberculeuse;

d) Enfin c'est une question de moralité scientifique. « Il est inadmissible qu'on laisse décimer une population, s'exercer des contaminations quotidiennes sans essayer de se renseigner exactement et méthodiquement sur les foyers du mal et de connaître pour les supprimer les sources originelles de ces contaminations » (Léon Bernard).

La déclaration obligatoire de la syphilis

En ce qui concerne la *syphilis*, peu de pays ont pu se résoudre à introduire la déclaration obligatoire. Dans quelques pays du Nord (Danemark, Suède, Norvège) cette mesure est déjà ancienne. En Suède, le médecin est tenu de déclarer tout cas de maladie vénérienne. Dans d'autre pays (Allemagne, Tchécoslovaquie, divers Etats américains) la déclaration au service sanitaire ne devient obligatoire que si le malade ne se soumet pas aux prescriptions de son médecin ou constitue un danger de contagion.

En France, est-il besoin de le dire, on ne peut songer pour l'instant à introduire une telle mesure, qui est destinée d'avance à soulever une vive opposition du corps médical. Tout d'abord les médecins praticiens ne consentiraient pas facilement à se charger

d'une formalité qui plus encore que pour les autres maladies contagieuses engagerait leur responsabilité, à cause de la nécessité plus impérieuse du secret professionnel; car les maladies vénériennes sont encore considérées comme des maladies honteuses et inavouables. Ils font remarquer que, le jour où la déclaration serait obligatoire, le résultat le plus certain serait de voir de nombreux syphilitiques contagieux recourir aux charlatans et non aux médecins pour éviter la déclaration et les ennuis qu'ils seront convaincus d'encourir.

Pour notre part, nous croyons que les médecins ne pourraient se décider à accepter cette déclaration — et encore sous certaines réserves et avec quelques précautions — que lorsque le plan actuel de prophylaxie et de thérapeutique aura porté tous ses fruits; plan consistant dans un certain nombre de mesures générales : constitution obligatoire et légale de l'Armement antivénérien (dispensaires, services de dépistage et de traitement, laboratoires destinés aux examens sérologiques, au contrôle rigoureux des médicaments anti-syphilitiques, à l'étude des procédés thérapeutiques nouveaux); constitution obligatoire et légale des services destinés à assurer de façon permanente la propagande morale et sanitaire nécessaires; à instruire davantage la population sur le danger des maladies vénériennes, sur la nécessité de se faire soigner sérieusement; à préparer l'opinion à l'adoption de certaines mesures de contrainte utiles : répression du charlatanisme, etc.

Peut-être conviendrait-il alors d'instituer tout d'abord certaines mesures légales plus utiles, plus justes, plus faciles à faire accepter par la population (traitement obligatoire, certificat prénuptial, délit pé-

nal et civil de contamination, etc.), ou par le médecin (avertissement médical obligatoire).

Quoi qu'il en soit, actuellement peut-on espérer recueillir l'adhésion du corps médical à une déclaration obligatoire de la syphilis? Et dans l'affirmative, quels services doit-on en attendre? Doit-on en cas d'obstination ou de négligence de la part des malades agir par la contrainte ou la persuasion?

Tout dépend, à notre avis, de la façon dont la déclaration serait conçue et appliquée et des buts que l'on se proposerait?

Une déclaration nominative pour tous les cas de syphilis présenterait, sans aucun doute, trop d'inconvénients et ne serait d'ailleurs pas acceptée.

Au contraire, une déclaration anonyme qui deviendrait nominative lorsqu'il s'agirait de vénériens récalcitrants au traitement et constituant un danger public (syphilis récentes, contagieuses), pourrait être facilement praticable et rendrait des services incontestables.

C'est ainsi que la déclaration est faite au Danemark et dans divers Etats américains. Dans le Massachusetts, par exemple, la déclaration est appliquée sous une forme intéressante. Dans les cas habituels, la déclaration à l'autorité sanitaire est purement numérique, ne mentionnant ni le nom, ni l'adresse du malade, c'est une pièce strictement statistique. Mais, si alors qu'il a encore besoin de soins et qu'il est encore contagieux, le malade cesse de voir son médecin et ne se fait plus traiter ni par lui ni par un autre, alors seulement le médecin prévient le Commissioner of Health, que le malade ayant tel numéro porte tel nom et habite à telle adresse. Alors le Commissioner intervient, sans saisir la police. Il tâche

de retrouver le malade et de lui persuader de reprendre son traitement, car sinon telle ou telle sanction pourra être prise contre lui.

Ce système gagnerait à être appliqué en France. Mais nous pensons que si l'Armement antivénérien et les services sanitaires ne tarderont pas à être suffisamment développés, c'est avant tout l'éducation du public qui devrait être poussée très activement. Sans cela, une telle mesure risquerait d'aboutir à un échec.

La déclaration obligatoire du cancer

Il n'est pas jusqu'au *cancer* qui ne devrait être déclaré, tout au moins en cas de décès. Non pas que nous voulions le considérer comme une maladie transmissible — là est précisément la question — mais parce qu'on ne doit rien négliger pour nous conduire peut-être sur la piste de son étiologie.

Le fait est qu'on a beaucoup parlé ces dernières années des « maisons à cancer » et de l'hypothèse de la « contagiosité » possible de cette maladie. Il est certain qu'il existe des cas troublants de cancers familiaux ou survenus chez des gens vivants en communauté et dans les mêmes conditions. Mais des différents rapports présentés récemment à l'Académie de Médecine, il semble démontré que rien ne permet d'affirmer actuellement l'existence des « maisons à cancer ». Les quelques faits que l'on signale de temps en temps paraissent s'opposer à ceux fournis par des statistiques minutieusement faites dans les grands centres : à Paris (Thierry, 1927) ; à Lyon (1933) par MM. Lumière et Vigne (méthode comparative des sta-

tistiques hétérogènes : naissances, mariages, etc.) ; à Marseille, par M. Imbert (décembre 1933).

Et l'on sait que les données tirées de l'étude du cancer expérimental, comme l'affirme M. Roussy, s'élèvent aussi contre la notion de la contagiosité du cancer. Il est vrai qu'à côté de l'hypothèse contagion, d'autres causes peuvent intervenir : hérédité, alimentation, hygiène alimentaire, etc.

Quoi qu'il en soit, la déclaration pourrait peut-être apporter sa contribution à la découverte de la cause de cette terrible maladie.

CONCLUSIONS

1° La déclaration des maladie transmissibles est imposée aux médecins par la loi du 15 février 1902. Elle a comme corollaire prophylactique obligatoire la désinfection.

2° A l'heure actuelle encore, cette déclaration n'est pas faite par les médecins d'une manière satisfaisante.

3° Les motifs de leur abstention sont principalement au nombre de deux :

D'une part, l'atteinte portée au secret professionnel par le fait que cette obligation incombe au médecin seul.

La vanité de la déclaration, d'autre part, parce que la désinfection, qui est la seule sanction qu'elle provoque, est mal faite et redoutée, et aussi parce qu'elle est loin de constituer la mesure prophylactique nécessaire et suffisante dans la lutte contre les maladies contagieuses.

4° Le nouveau projet de loi, actuellement pendant devant la Chambre, nous paraît résoudre ces difficultés :

En créant l'obligation pour tous les départements d'une « Direction départementale d'hygiène » ayant

à sa tête un médecin-inspecteur spécialisé, indépendant dans une certaine mesure des administrations locales, « véritable préfet sanitaire », aidé d'ailleurs par des médecins-inspecteurs nommés eux aussi à la suite d'un concours et ne faisant pas de clientèle, toutes les mesures prophylactiques jugées utiles pourront être prises en accord avec le médecin traitant. Le secret professionnel sera ainsi respecté, puisque la déclaration exigée simultanément du chef de famille sera faite au médecin sanitaire.

5° La liste des maladies telle qu'elle est fixée par la loi de 1902 est peut-être imparfaite. Nous ne savons pas si le projet Legros la modifie, car cette liste sera dressée par un décret ultérieur.

6° Sans doute, toutes les maladies transmissibles devraient être en principe à déclaration obligatoire, et, pour notre part, nous n'y voyons que des avantages, du moins en ce qui concerne les maladies, aussi bien à déclaration obligatoire que facultative, visées par la loi de 1902.

7° Une réserve cependant nous paraît nécessaire au sujet de la tuberculose, dont la question fait l'objet actuellement de vives discussions. Il serait préférable, à notre avis, avant d'instituer cette mesure, d'attendre que les services sanitaires soient développés d'une façon aussi parfaite que possible dans tous les départements.

8° La déclaration obligatoire de la syphilis, si elle semble donner des résultats satisfaisants dans certains pays étrangers, nous paraît prématurée dans un pays comme la France, où les maladies vénériennes sont encore considérées comme des maladies honteuses, et où il n'existe, pour ainsi dire, aucune législation antivénérienne.

9° Quant au cancer, la déclaration tout au moins en cas de décès pourrait présenter quelque intérêt. Elle permettrait en tous cas d'apporter des statistiques suffisantes pour régler cette question des « maisons à cancer », si proche de cette autre question particulièrement angoissante : la contagiosité du cancer.

Vu le Doyen :
ROUSSY.

Vu le Président :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

LÉON BERNARD. — A propos de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2 mai 1933).

— La tuberculose pulmonaire (Masson, éditeur).

— L'organisation de la lutte antituberculeuse en France (Publication du Comité national de Défense contre la Tuberculose, 1931).

LÉON BERNARD et FERRY. — A propos de la révision de la loi de 1902 (*Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*, septembre 1930).

BEZANÇON. — Discussion du Rapport Letulle (*Bull. Acad. Méd.*, 1919, tome LXXXI).

BROUARDEL. — Les Epidémies en 1929 (*Rev. d'Hyg. et de Méd. prév.*, 1931).

— La déclaration obligatoire de la tuberculose (*Rev. d'Hyg. et de Méd. prév.*, mai 1933).

BROUARDEL et MARTIN. — Traité d'hygiène (*Epidémiologie*).

CAVAILLON. — Les législations antivénériennes dans le Monde.
— L'organisation de la lutte contre le péril vénérien (*Revue française de Puériculture*, tome I, n° 3, 1933).

CHANUT. — La déclaration obligatoire de la tuberculose (Thèse Lyon, 1919).

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — La désinfection (*Mouvement sanitaire*, janvier 1925).

FRUCTIER. — Le secret médical et la déclaration obligatoire des maladies contagieuses (Thèse Paris, 1919).

GUÉRIN. — L'Etat contre le Médecin (Thèse Paris, 1924).

Martin HAHN (de Berlin). — L'organisation permanente de la prophylaxie des maladies contagieuses (*Rev. d'Hyg. et de Méd. prév.*, 1927).

HUMBERT. — Le secret médical dans les nouvelles lois sociales (Thèse Paris, 1929).

Georges LEGROS. — Rapport fait au nom de la Commission de l'Hygiène sur le projet de loi relatif à la Protection de la Santé publique (Chambre des Députés, juillet 1932).

E. LEROY. — La déclaration des maladies contagieuses en milieu rural (*Mouv. san.*, 31 oct. 1930).

A. LOIR et DANIEL. — A propos de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses (*Bull. Acad. Méd.*, oct. 1932).

A. LUMIÈRE. — La déclaration obligatoire de la tuberculose (*Avenir Médical*, juin 1933; *Concours Médical*, 26 février 1933).

Le « Médecin de France ». — A propos du projet Legros (mai 1932).

— La déclaration obligatoire de la tuberculose (15 octobre 1932).

MARTIN et BRIAU. — Déclaration obligatoire des maladies contagieuses (*Mouv. san.*, 30 juin 1924, 31 mars 1925).

Les « Maisons à Cancer ». — *Bulletins de l'Ac. de méd.* (1933).

NOIR. — Maladies contagieuses et déclaration obligatoire (*Concours Médical*, 12 juin 1927).

OTT. — Loi du 15 février 1902 (*Rev. d'Hyg. et de Méd. prév.*, sept. 1929).

PETIT. — Déclaration obligatoire de la tuberculose (*Le Courrier Médical*, nov. 1932).

« *Prophylaxie antivénérienne* ». — Nov. 1929, août 1931, janvier 1932, janvier 1933.

ROCHAIX et CANEL. — La lutte contre les maladies infectieuses et la déclaration obligatoire (*Mouv. san.*, 1927).

ROCHAIX. — La désinfection terminale (*Mouv. san.*, 30 septembre 1926).

ROYER. — Déclaration obligatoire de la tuberculose (*Revue de Phthisiologie*, sept. 1927).

RÉGNAULT. — La déclaration obligatoire de la tuberculose inutile et néfaste (*Courrier Médical*, 18 déc. 1932).

ROSENTHAL. — La déclaration obligatoire consentie de la tuberculose (*Courrier Médical*, 26 février 1933).

SERGENT. — La Prophylaxie antituberculeuse (*La Tuberculose en général*, tome XVII).

STRAUSS. — La réforme de la loi de 1902 (*Pour la Vie et la Santé*).

TANON. — Précis d'Hygiène.

TRIOULET. — La déclaration obligatoire de la tuberculose vue par un hygiéniste (*Vers l'Avenir*, 1^{er} sept. 1933).

